



JAARPLAN 2018

Netwerk Dementie/Geriatrie

Inhoud

1	Inleiding.....	3
1.1	Context	3
1.2	Leeswijzer	3
2	Algemene informatie over het Netwerk.....	4
2.1	Missie, visie en doelstelling van het Netwerk	4
	Missie	4
	Visie	4
	Uitgangspunten	4
2.2	Bij het Netwerk betrokken partners	5
2.3	Structuur van het Netwerk.....	6
	Bestuurlijke structuur	6
	Financieringsstromen Netwerk	7
2.4	Overzicht aanbod Netwerk	7
3	Behaalde resultaten op de speerpunten van het jaar 2017.....	8
3.1	Implementeren nieuwe werkwijze casemanagement.....	8
3.2	Dementievriendelijke gemeenten in Oost-Veluwe	8
3.3	Deskundigheidsbevordering van ‘generalisten’	9
3.4	Informereren van de regio	9
3.5	Uitwerken samenhang en verbinding netwerken.....	10
3.6	Regionale beddenscapaciteit.....	10
3.7	Overige resultaten: Dementiemonitor Mantelzorg	10
	Oordeel dementiezorg in de thuissituatie.....	11
	Oordeel casemanagement	11
4	Jaarplan 2018	12
4.1	Dementie.....	12
4.2	Geriatric	15
4.3	Samenhang en verbinding subnetwerken Dementie/Geriatric en Palliatieve Zorg.....	17
5	Netwerkbegroting 2018	18
6	Samenwerkingsovereenkomst Netwerk Dementie Oost-Veluwe	20
Bijlage 1	Overzicht aanbod Netwerk.....	25

1 Inleiding

1.1 Context

In Nederland zijn er nu ruim 270.000 mensen met dementie. Het aantal zal als gevolg van de vergrijzing in de toekomst explosief stijgen naar meer dan een half miljoen (Alzheimer Nederland, 2017¹).

Mensen met dementie kunnen steeds moeilijker beslissingen nemen en raken de regie over het eigen leven kwijt (V&VN, 2012²). Hierdoor is het ideaalbeeld van zelfredzaamheid en de patiënt als partner en co-producent van zijn eigen zorg bij ouderen met vorderende dementie niet houdbaar. Lage c.q. afnemende gezondheidsvaardigheden belemmeren mensen om de actieve patiëntenrol op zich te nemen. Bij ouderen met dementie is er bovendien een verhoogd risico op multimorbiditeit; ook dan blijft dementie dominant voor het medisch beleid aldus de Zorgstandaard Dementie (2013³). Dat leidt tot een minder goed ervaren gezondheid en kwaliteit van leven, meer lichamelijke beperkingen, meer complicaties van behandelingen en verhoogd sterfterisico. Multimorbiditeit resulteert ook in meer gebruik van (verschillende) zorg- en welzijnsvoorzieningen, bijvoorbeeld bezoeken aan de huisarts, geneesmiddelengebruik, thuiszorg, dagbesteding, maaltijdvoorziening, ziekenhuisopnames, enzovoort (V&VN, 2012).

Dit vraagt om goede afstemming tussen verschillende betrokkenen om de zorg en ondersteuning aan mensen met dementie en hun naasten zo optimaal mogelijk te laten verlopen.

1.2 Leeswijzer

Voor u ligt het Jaarplan 2018 van het Netwerk Dementie/Geriatrie Oost-Veluwe (hierna te noemen 'het Netwerk').

Om te beginnen staan we stil bij algemene informatie over het Netwerk: de missie, visie en doelstelling van het Netwerk, de bij dit Netwerk betrokken partners, de structuur van het Netwerk en het aanbod van het Netwerk (hoofdstuk 2). Vervolgens gaan we in op de speerpunten van het Netwerk in 2017 en welke resultaten hierop zijn behaald (hoofdstuk 3). Daarna komt het jaarplan 2018 aan bod (hoofdstuk 4). De begroting van het Netwerk voor 2018 is te vinden in hoofdstuk 5. De samenwerkingsovereenkomst tussen de Netwerkpartners vormt het sluitstuk van dit jaarplan (hoofdstuk 6).

¹ Cijfers en feiten over dementie. Factsheet. Alzheimer Nederland, 2017. <https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/factsheet-dementie-algemeen.pdf>

² Expertisegebied casemanager dementie, V&VN, 2012.

<http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2013%20Documenten/20121122%20Expertisegebied%20casemanager.pdf>

³ Zorgstandaard Dementie. Alzheimer Nederland & Vilans, 2013.

http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/Zorgstandaard_Dementie.pdf

2 Algemene informatie over het Netwerk

2.1 Missie, visie en doelstelling van het Netwerk

De kracht van samenwerken

Missie

De regionale netwerken dementie, geriatrie en palliatieve zorg staan voor optimale⁴ kwaliteit van leven op het gebied van welzijn, wonen en zorg voor alle inwoners van Oost Veluwe, waarbij patiënten⁵ zelf de regie voeren en op verzoek hierin worden ondersteund.

Visie

Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de netwerkpartners om gecoördineerde informatie, zorg, begeleiding en ondersteuning aan zowel patiënt als naasten/mantelzorgers te bieden door de juiste deskundige(n), op het juiste moment en op de gewenste plek.

Uitgangspunten

- De patiëntvraag staat centraal. De nieuwe definitie van gezondheid (Huber, 2014) is leidend en uitgangspunt voor de in te zetten hulp. *‘Gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven’*.
- Hulp wordt proactief ingezet en integraal aangeboden waarbij samenwerking is tussen informele en formele⁶ zorg, met aandacht voor vroegsignalering, markering en preventie.
- Het aanbod (welzijn, wonen en zorg) is inzichtelijk, eenvoudig toegankelijk en continuïteit is gewaarborgd.
- Er wordt transmuraal en multidisciplinair samengewerkt, waarbij efficiënt gebruik wordt gemaakt van de aanwezige kennis en expertise (bijv. het Consultatieteam Palliatieve Zorg (CPZ) en het Geheugensteunpunt Dementie).
- De netwerken dragen actief bij aan voldoende spreiding, uitwisseling en benutting van kennis. Daarmee worden de voorwaarden geschapen om de kwaliteit van de zorg blijvend te kunnen verbeteren.
- De netwerken zijn gericht op het signaleren en aanpakken van knelpunten.
- De zorg wordt gecoördineerd door een centrale hulpverlener.

Jaarlijks dient ten behoeve van de Zorgverzekeraar een Ketenplan dementie te worden opgesteld. Omdat ons subnetwerk tevens geriatrie omvat is er voor gekozen niet apart een Ketenplan Dementie te maken, maar hierin ook Geriatrie mee te nemen. Dit Jaarplan omvat dus het subnetwerk Dementie/Geriatrie.

⁴ Optimaal: doeltreffend, doelmatig en klantgericht conform de professionele standaard (state of art) en aansluitend op de behoefte van de patiënt.

⁵ Overall waar patiënt staat kan ook burger, cliënt, gast of bewoner worden gelezen. In veel gevallen is ook de naaste onderdeel van het patiëntstelsel en wordt deze afhankelijk van de wensen van de patiënt betrokken bij alle voorkomende activiteiten.

⁶ Conform het Rhedens model.

2.2 Bij het Netwerk betrokken partners



De gemeenten Apeldoorn, Brummen, Epe en Hattem zijn geen netwerkpartners, maar zijn wel betrokken en dragen (financieel) bij aan onze initiatieven.

Alzh. Ned. afd. Oost-Veluwe, patiëntenbelangenorganisatie	Atlant, zorginstelling
Buurtzorg, thuiszorgorganisatie	De Goede Zorg, zorginstelling
De Zorgmensen, zorginstelling	Gelre ziekenhuizen
GGNet, organisatie voor geestelijke gezondheidszorg	Hanzeheerd, zorginstelling
Huisartsen Vereniging HOOG Apeldoorn Eerbeek, Epe	RIWIS, zorg en welzijn
De Kap, mantelzorgondersteuningsorg.	Talma Borgh, woon- en zorgcentrum
Proscop voorheen Caranscoop, 1 ^e lijns verbinding	Viattence, zorginstelling
Vérian, thuiszorgorganisatie	Stimenz, maatschappelijke welzijnsorganisatie
Woonzorg Unie Veluwe, zorginstelling	Zorggroep Apeldoorn e.o., zorginstelling
Stichting Nusantara, zorginstelling	

De gemeenten Apeldoorn, Brummen, Epe, Hattem zijn, zoals hierboven vermeld, geen lid van het Netwerk maar ondersteunen en subsidiëren vanuit de Wmo de Geheugensteunpunten. Gemeente Heerde is voornemens dit te gaan doen. Apeldoorn ondersteunt ook de Dementievriendelijke samenleving.

Daarnaast is er een keur aan organisaties, die geen lid zijn van het Netwerk maar die lokaal participeren in de Geheugensteunpunten (GHS):

- GHS Brummen: Stichting Welzijn Brummen, Humanitas, Protestantse Gemeente Eerbeek, Domus Magnus Klein Engelenburg
- GHS Epe: Stichting Voorziening Ouderen Epe SWO/E, Koppel
- GHS Hattem: Stichting Welzijn Hattem.

2.3 Structuur van het Netwerk

Bestuurlijke structuur

Het Netwerk Dementie/Geriatrie en Palliatieve zorg bestaat uit:

Stakeholders waarin per deelnemende organisatie een vertegenwoordiger van het bestuur deelneemt. De stakeholdersgroep komt minimaal tweemaal per jaar bij elkaar en stelt het regionaal ketenplan dementie, het jaarverslag en de begroting vast. De stakeholders hebben een **dagelijks bestuur** (DB) van een aantal (min. 4) bestuurders samengesteld. Het dagelijks bestuur heeft mandaat van de bestuurders, zodat beslissingen sneller genomen kunnen worden en een goede voortgang van de projecten wordt gewaarborgd.

Er kunnen twee subnetwerken worden gedefinieerd:

- Dementie/Geriatrie
- Palliatieve zorg

Het regioteam bestaat uit vertegenwoordigers die namens hun instelling zitting hebben. Het regioteam is belast met de dagelijkse gang van zaken en doet de voorbereidende werkzaamheden voor de stakeholders. De leden van het regioteam hebben mandaat om procesafspraken te maken, beslissingen te nemen over activiteiten in de dementiezorg en producten en processen beter aan te laten sluiten op die van andere organisaties. Het regioteam komt 6 x per jaar bij elkaar.

De werkgroepen worden per thema samengesteld uit een afvaardiging vanuit de deelnemende (zorg)organisaties. De werkgroepen dragen zorg voor de uitvoering van themagerichte onderwerpen en koppelen hun activiteiten terug aan het regioteam. De werkgroepen werken aan de hand van een opdracht geformuleerd en vastgesteld door het regioteam.

De ketenregisseur/netwerkcoördinator neemt onafhankelijke positie in. De ketenregisseur legt verantwoording af aan het dagelijks bestuur en de stakeholders. De taken van de ketenregisseur zijn:

- Opzetten van een ketenzorg dementie en deze continueren en borgen, zowel op bestuurlijk/directie als op uitvoerend niveau; het aandragen van bouwstenen en het regelmatig rapporteren over de voortgang en knelpunten.
- Belangenbehartiging bewaken.
- Betrekken van nieuwe partijen en financiers bij de keten.
- Signaleren en oplossen van de hiaten in de ketenzorg dementie.
- Aansturen van de verschillende werkgroepen, verbindingen leggen en het begeleiden en stimuleren van het te ontwikkelen aanbod.
- Coördinatie casemanagement.
- Coördinatie van alle Geheugensteunpunten

Financieringsstromen Netwerk

- Netwerk structuur (Netwerkcoördinator en bureaunkosten): Financiële bijdrage netwerkpartners
- Casemanagement: Zvw – Wijkverpleging
- Geheugensteunpunten: Wmo
- Dementievriendelijke Samenleving: Wmo

2.4 Overzicht aanbod Netwerk

Het overzicht van het regionale aanbod van het Netwerk is opgenomen in bijlage 1.

3 Behaalde resultaten op de speerpunten van het jaar 2017

3.1 Implementeren nieuwe werkwijze casemanagement

Per 1 januari 2017 is gestart met de implementatie van een nieuw werkproces inzake casemanagement dementie bij mensen met de diagnose dementie. Huisartsen zijn in februari per brief geïnformeerd over de nieuwe werkwijze, en de eerste nieuwsbrief van het Netwerk in 2017 was geheel gewijd aan de nieuwe manier van werken ('themanummer casemanagement'). De POH-ers en doktersassistenten hebben via bijscholing kennis genomen van de nieuwe werkwijze. In de nieuwe manier van werken wordt uitgegaan van een 'triagemodel'. De meldingen van mensen met de diagnose worden door de huisartsen en poli geriatrie per post naar het Geheugensteunpunt gestuurd en daar geregistreerd. Spoed en urgent worden direct opgepakt. Anderen worden vervolgens groepsgewijs uitgenodigd voor een voorlichting in het Geheugensteunpunt door de coördinator en een casemanager. Aan het eind spreekt de casemanager nog kort met de individuele families. De casemanager ziet dus aan de voorkant de persoon met dementie en mantelzorger, informeert en kan bepalen welke zorg nodig is. Afhankelijk van de behoefte van de persoon met dementie wordt er vervolgens ondersteuning geboden door wijkverpleegkundige, casemanager of professionals uit welzijns- en informele zorgcircuit. Uitgangspunten bij deze nieuwe manier van werken zijn:

- Mensen met (beginnende) dementie en hun mantelzorger zo efficiënt mogelijk verwijzen naar juiste vorm van ondersteuning.
- Mensen zo lang mogelijk gebruik laten maken van informele zorg.
- Casemanagement wordt uitgevoerd door een wijkverpleegkundige en/of casemanager dementie. Daar tussenin zit een 'aandachtsfunctionaris dementie', die vragen van wijkverpleegkundigen kan beantwoorden, of waarbij de casemanager eventueel iets weg kan zetten.
- Het Geheugensteunpunt, kenniscentrum voor geheugenproblemen in de verschillende gemeenten, is centraal aanmeldpunt van mensen met dementie en hun mantelzorgers.

Vanaf 1 januari 2016 is er geen gezamenlijk registratiesysteem meer, wat het binnen het Netwerk lastig maakt inzicht te krijgen in de hoeveelheid cliënten dat casemanagement ontvangt. Iedereen legt alles vast bij de eigen organisatie. Na het ontbreken van cijfers over 2016, is in 2017 inmiddels weer een begin gemaakt met het maken van overzichten via informatieverstrekking door de casemanagers, het tellen van de meldingen, enz. Deze cijfers laten zien dat de gezamenlijke caseload per 1 juli 2017 416 cliënten bedraagt, waarvan 80 nieuwe aanmeldingen. Totaal aantal cliënten wachtend op casemanagement bedraagt 137 (in maart 2017 waren dit er 192). Later in 2017 vindt er overleg plaats, waarbij onder andere dhr. Robbert Huijsman, projectleider Actieplan Casemanagement, aansluit om te kijken hoe het ontstane stuwmeer aan wachtenden weggewerkt kan worden.

3.2 Dementievriendelijke gemeenten in Oost-Veluwe

Doel van dit speerpunt is dat mensen met dementie en hun mantelzorger(s) onderdeel uit blijven maken van de samenleving en de samenleving ondersteunt en begrip toont waar dat kan. Hoe meer mensen op de hoogte zijn van dementie en hoe dit te herkennen des te meer zicht er komt op 1^e ondersteuning. Spectrum heeft een plan opgesteld om in de periode mei-oktober 2017 tot een

dementievriendelijke leefomgeving in één van de wijken van Apeldoorn te komen. Mocht dit succesvol blijken, kan in de periode oktober 2017 tot in voorjaar 2018 in een tweede fase ook in andere wijken aan de slag gegaan worden.

Verder tekent de gemeente Apeldoorn op 18 september de intentieverklaring 'Dementievriendelijke gemeente Apeldoorn', samen met de voorzitter van het Netwerk. Hierin wordt de intentie uitgesproken door de gemeente dat:

- De gemeente ambtelijke betrokkenheid versterkt in de werkgroep casemanagement dementie.
- Het Geheugensteunpunt doorontwikkeld wordt tot een goed bereikbaar kenniscentrum voor mensen met dementie en voor ieder ander die over dit onderwerp informatie en advies nodig heeft.
- Zij medewerkers met een publieke functie stimuleert kennis te nemen van de online cursus 'ik ben dementievriendelijk'.
- Er meer ruimte komt voor respijtzorg en dagbesteding.

3.3 Deskundigheidsbevordering van 'generalisten'

Doel van dit speerpunt is deskundigheidsbevordering voor de generalisten (wijkverpleegkundigen, cliëntondersteuners, ouderenadviseurs en sociaal werkers in de wijk) die voor een groot deel casemanagement uitvoeren. In de praktijk blijkt dat de generalist nog te weinig weet van de mens met dementie en van de sociale kaart en te volgen weg. Er is een verbreding en versterking van de basis nodig wat betreft kennis en kunde m.b.t. dementie. In de vergadering van augustus zal een voorstel gedaan worden voor de scholing van de aandachtsfunctionarissen, wijkverpleegkundigen en welzijnsmedewerkers. Dit zal in eerste instantie een dagdeel zijn, gegeven door de coördinator van het Geheugensteunpunt en/of de casemanager. Deze scholing zal worden geëvalueerd, eventueel aangepast en indien gewenst herhaald.

3.4 Informeren van de regio

Het doel van dit speerpunt is het bieden van actuele informatie voor de verschillende doelgroepen, naasten, vrijwilligers professionals en andere belangstellenden. Het vertrekpunt hierbij is de informatie die voor iedereen toegankelijk moet zijn om geïnformeerd te zijn over specifieke vragen die men heeft op gebied van Dementie/Geriatrie of Palliatieve zorg.

In dit kader opent op 21 september het Geheugensteunpunt in Hattem, waarmee het aantal Geheugensteunpunten in de regio Oost-Veluwe op vier komt. De andere drie Geheugensteunpunten zijn Apeldoorn, Brummen/Eerbeek en Epe.

Het bestaande foldermateriaal is op inhoud aangepast. De wens is om dit ook nog eens qua vormgeving aan te pakken.

3.5 Uitwerken samenhang en verbinding netwerken

Doel van dit speerpunt is om meer synergie en betere afstemming van zorg- en organisatieprocessen te bereiken tussen de Netwerken DementieGeriatric en Palliatief. Specifiek hierin blijft dat de doelgroepen afzonderlijk van elkaar verder ontwikkeld worden, maar daar waar het kan er sprake zal zijn van samenwerken.

In 2017 is door het Netwerk Dementie/Geriatric en het Netwerk Palliatieve Zorg op 11 april een gezamenlijk symposium georganiseerd met als titel “een broos evenwicht” Dit symposium werd bezocht door ruim 150 belangstellenden.

Partijen houden elkaar op de hoogte van de (nieuwe) ontwikkelingen.

3.6 Regionale beddenscapaciteit

Doel van dit speerpunt is dat er loket beschikbaar is, waarin realtime overzichten beschikbaar zijn van de geriatric crisis -, KDO- en respijtzorgbedden, evenals de reguliere bedden van de aan het Netwerk verbonden organisaties. Organisaties die hiermee aan de slag zijn geweest in 2017 zijn Gelre Ziekenhuizen, de Zorgmensen, Vèrian, Huisartsen Regio Apeldoorn en Zorggroep Apeldoorn en omstreken.

Resultaat is een uitgeschreven crisisregeling voor de verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT-crisisregeling) voor de regio Apeldoorn. Deze regeling biedt de mogelijkheid om een tijdelijk oplossing te vinden voor patiënten die niet meer zelfstandig thuis kunnen verblijven door een acute crisis met sociale, lichamelijke of sociale problematiek (geen psychiatrische problematiek). Doel van de crisisregeling is om 24 uur per dag snel een adequate oplossing te bieden voor deze patiënten en het zo effectief en kort mogelijk laten verlopen van een crisisaanmelding en de inzet van de benodigde hulp/zorg.

Verder wordt gekeken of het format van Gelre Ziekenhuis Zutphen, met enige aanpassingen, bij ons toepasbaar is. Belangrijk element hierbij is het goed in ogenschouw nemen waarom iemand wordt opgenomen en hoe we het voor- en het natraject zo goed kunnen organiseren dat de zorg thuis optimaal wordt afgestemd. Op deze manier kunnen mensen zo lang mogelijk ondersteuning krijgen in de thuissituatie. Indien opname absoluut noodzakelijk is, vindt dit op de juiste plek plaats. Bij thuiskomst na een opname geldt hetzelfde: goede afstemming, anders komen we terecht in een “draaideursituatie”.

3.7 Overige resultaten: Dementiemonitor Mantelzorg

In 2017 kwamen de resultaten van de meting van de Dementiemonitor Mantelzorg 2016, uitgevoerd door NIVEL en Alzheimer Nederland, beschikbaar. In de regio Oost-Veluwe hebben 40 mantelzorgers deelgenomen. Een aantal resultaten zijn relevant om hier uit te lichten:

- Het waarderingscijfer over het totale aanbod van ondersteuning en zorg bij dementie in de thuissituatie in de regio Oost-Veluwe is een 8,5; hoger dan het totaal (7,7).

Oordeel dementiezorg in de thuissituatie

- De mantelzorgers in de regio Oost-Veluwe hebben aangegeven dat er in de laatste 12 maanden qua zorg en ondersteuning vooral gebruik is gemaakt van:
 - o Casemanagement dementie (97%)
 - o Informatie en voorlichting (72%)
 - o Activiteiten voor naaste (52%)
 - o Diagnostisch onderzoek (41%)
- In vergelijking met het totaal is er in de regio Oost-Veluwe meer gebruik gemaakt van casemanagement (97% vs. 80% totaal) en minder van hulp bij het huishouden (25% vs. 45% totaal) en hulp bij persoonlijke verzorging en verpleging (34% vs. 48% totaal)
- Om de naaste zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen, zijn de volgende drie vormen van ondersteuning en zorg het meest noodzakelijk volgens de mantelzorgers in de regio Oost-Veluwe (top 4):
 1. Casemanagement
 2. Activiteiten voor de naaste
 3. Hulp bij persoonlijke verzorging en verpleging
 4. Informatie en voorlichting

Oordeel casemanagement

Overall werd casemanagement in Oost-Veluwe een stuk hoger beoordeeld door de mantelzorgers in vergelijking met de rest van het land. Een aantal aspecten waarop beter gescoord werd in vergelijking met de rest van het land waren:

- “Geeft de casemanager tips over hoe u met uw naaste kunt omgaan?”
Landelijke score 24%; score Oost Veluwe 73%
- “Helpt de casemanager bij het vinden van de weg in de zorg?”
Landelijke score 52%; score Oost Veluwe 83%
- “Heeft de casemanager aandacht voor hoe het met u gaat?”
Landelijke score 59%; score Oost Veluwe 93%!!!

4 Jaarplan 2018

4.1 Dementie

De zorgverzekeraars stellen een aantal voorwaarden voor de inkoop van ketenzorg Dementie 2018 en 2019 en verder⁷. Voorwaarden voor inkoop 2018 betreffen o.a.:

- Ketenzorg Dementie wordt georganiseerd in dementienetwerken die als regionaal samenwerkingsverband over de domeinen van Wmo, Zvw en Wlz heen samenwerken.
- Organisaties en netwerken die gebruikmaken van de vragenlijst 'Uitkomstindicatoren Dementie' delen de uitkomsten met de zorgverzekeraars, conform eisen van privacy wet- en regelgeving. Organisaties en netwerken die nog geen gebruik maken van deze vragenlijst, komen samen met zorgverzekeraars tot afspraken om dit wel te doen, ofwel komen ze tot andere breed gedragen uitkomstindicatoren.
- De ketenregisseur van ieder dementienetwerk levert uiterlijk in Q2 2018 een regionaal onderschreven meerjarenplan voor het desbetreffende regionale dementienetwerk op, waar de volgende onderwerpen (waar dat mogelijk is) in terugkomen: 1) hoe de keten bijdraagt aan de continuïteit van een voor de cliënt duidelijk en deskundig aanspreekpunt voor de cliënt, 2) hoe de deskundigheid van de zorgprofessionals is gewaarborgd en 3) hoe ieder dementienetwerk een regionaal eenduidige wijze ontwikkelt van communicatie naar cliënten, mantelzorgers en verwijzers/huisartsen over de mogelijkheden van casemanagement dementie. Op basis van deze uitkomsten kunnen de inkoopgesprekken voor 2019 gevoerd worden.

Voorwaarden inkoop Ketenzorg Dementie 2019 en verder betreffen o.a.:

- Organisatie van het dementienetwerk vindt plaats op basis van de uitkomsten uit 'Samen op weg naar (uitkomsten)sturing van netwerken voor dementiezorg'. Er vindt jaarlijks een verantwoording plaats over het meerjarenplan, waar de volgende onderwerpen (waar dat mogelijk is) in terugkomen:
 1. inzage in de huidige omvang van de wachtlijst ofwel wachttijden en de verwachte groei, alsmede het plan van aanpak om deze te verminderen; en de incidentie, dus hoe verwacht de keten dat de regio, het aantal mensen met dementie, zich gaat ontwikkelen en hoe anticiperen zij daarop? Welke sociale, algemene voorzieningen zijn nodig? Hoeveel ondersteuning vanuit casemanagement, etc.
 2. hoe de keten bijdraagt aan de continuïteit van een voor de cliënt duidelijk en deskundig aanspreekpunt voor de cliënt;
 3. hoe de deskundigheid van de zorgprofessionals is gewaarborgd;
 4. hoe ieder dementienetwerk een regionaal eenduidige wijze ontwikkelt van communicatie naar cliënten, mantelzorgers en verwijzers/huisartsen over de mogelijkheden van casemanagement dementie.

⁷ Uit notitie 'Ketenzorg en individueel casemanagement Dementie – Inzet van verzekeraars', Zorgverzekeraars Nederland, 12 mei 2017

- Dementienetwerken en zorgverzekeraars maken procesafspraken hoe de dementienetwerken zich jaarlijks verder blijven doorontwikkelen, zowel inhoudelijk als organisatorisch, mede op basis van inzichten uit het praktijkverbeterprogramma 'Dementiezorg voor elkaar' waaraan zoveel mogelijk dementienetwerken deelnemen.

Mede hieruit voortvloeiend zijn de speerpunten van het Netwerk voor het jaar 2018:

1. Verder gaan op ingeslagen weg met de doorontwikkeling van Geheugensteunpunten

De reeds ingeslagen weg met betrekking tot de Geheugensteunpunten en de implementatie van het nieuwe werkproces inzet casemanagement sluiten aan bij bovengenoemde voorwaarde van de zorgverzekeraars m.b.t. het ontwikkelen van een regionaal eenduidige wijze van communicatie naar cliënten, mantelzorgers en verwijzers/huisartsen over de mogelijkheden van casemanagement dementie. In de geheugensteunpunten van Apeldoorn, Brummen, Eerbeek, Epe en Hattem komen kennis, ervaring en activiteiten samen. Deze steunpunten zijn zowel bedoeld voor mensen met (een vermoeden van) dementie en hun mantelzorgers, inwoners met een informatievraag, als ook voor professionals. In de Geheugensteunpunten komen de informele en formele lijn samen. Er is een goede samenwerking tussen de formele lijn) casemanager, en informele lijn (het geheugensteunpunt en de mantelzorgmakelaars/steunpunten mantelzorg). Daarnaast werken gemeenten Apeldoorn, Brummen, Epe en Hattem samen met het Netwerk aan de doorontwikkeling van de Geheugensteunpunten, hetgeen in het jaarplan 2019-2020 verder vorm en inhoud zal krijgen.

De informele lijn zet in op activiteiten, mantelzorgondersteuning en gespreksgroepen. De laatste jaren is er meer bekendheid en aandacht gekomen voor het begrip "mantelzorg". Daarmee is ook de positie van de mantelzorger meer in beeld gekomen. Mantelzorg is vaak intensief. Mantelzorgers kunnen best wat hulp gebruiken om zo overbelasting te voorkomen. Met name op het gebied van regeltaken kan de juiste hulp een verlichting van de zorg betekenen. De mantelzorgmakelaar en/of ouderenadviseur neemt regeltaken over en helpt zo een mantelzorger de balans te vinden tussen werk, zorg en ontspanning. De mantelzorgmakelaar en/of ouderenadviseur kan helpen bij:

- aanvragen invullen voor hulpmiddelen en aanpassingen
- indicatieprocedures toegankelijk maken en invullen formulieren
- zoeken van informatie
- bemiddeling tussen mantelzorger en dienstverlenende instanties
- bemiddelen tussen werkgever en werkende mantelzorger

Daarnaast zijn er in de regio vraaggericht:

- Gespreksgroepen voor familie en mantelzorgers van mensen met dementie
- Gespreksgroepen voor jonge mensen met dementie in hun omgeving

In de gespreksgroepen gaan de deelnemers samen in gesprek over (praktische) zaken waar je mee te maken krijgt. Door gebruik te maken van elkaars ervaringen proberen we een extra steuntje in de rug te geven. De onderwerpen zijn gericht op de dagelijkse zorg, hulp bij mogelijke vragen, hoe ga je om met je emoties etc. We willen in een gemoedelijke sfeer praten over dingen die we meemaken en informatie uitwisselen over dementie. Zo leren en profiteren we van elkaars ervaringen en van de aanwezige kennis en kunde.

De formele lijn zet in op casemanagement. De eerste evaluatie door verwijzers en casemanagers van deze nieuwe werkwijze heeft plaatsgevonden in juni 2017. De daar gesignaleerde knelpunten zijn opgepakt en verwerkt. In 2018 zal het functioneren van de Geheugensteunpunten en werkwijze inzet casemanagement wederom worden geëvalueerd. De landelijke ontwikkelingen op het gebied van het casemanagement en de gevolgen daarvan zullen hierin zeker een rol spelen. De aanpak zal ook nog worden verwerkt in de transmurale werkafspraken met de huisartsen.

2. Verkorten wachtlijst

Dit is in lijn met hierboven genoemd punt m.b.t. een plan van aanpak om de wachtlijst voor casemanagement te verminderen. Onze regio heeft sinds jaren en structureel te kort aan uren casemanagement. Eind augustus 2017 vindt hierover eerste overleg plaats tussen de NZa, Zilveren Kruis, de landelijk projectleider Dementiezorg voor Elkaar, Alzheimer Nederland, Vèrian De Zorgmensen/voorzitter van het Netwerk, Gemeente Apeldoorn en de coördinator van het Netwerk.. Uitkomsten hiervan zullen in 2018 verder worden opgepakt.

3. Waarborgen deskundigheid zorgprofessionals

Waarborgen van deskundigheid van professionals, zodat zij kennis hebben over dementie en het werken volgens de Zorgstandaard Dementie, is in 2017 reeds mee gestart. Aan de hand van de evaluatie eerste scholingsronde in 2017 zal in 2018 gekeken worden of en welke extra scholing nodig is.

4. Knelpunten in de registratie

In bovengenoemde punten wordt onder meer inzage in de wachtlijsten en wachttijden voor casemanagement genoemd. Om o.a. hier een actueel overzicht van te hebben, evenals van het aantal mensen dat casemanagement ontvangt, is een gezamenlijk/overzichtelijke registratie nodig (zie ook onder 3.1). Eind 2017 is aangesloten bij de leergemeenschap 'Zorgregistraties' vanuit Dementiezorg voor Elkaar. Geleerde lessen hieruit zullen in 2018 worden ingezet om ervaren knelpunten in de registratie op te lossen.

5. Heringebruikname van de 'Uitkomstenindicatoren Dementie'

Het aanleveren van de 'Uitkomstenindicatoren Dementie', of een andere manier van uitkomstenmeting, is een van de hierboven genoemde voorwaarden. Het Netwerk heeft al eerder gewerkt met de 'Uitkomstenindicatoren Dementie'. Het opnieuw invoeren hiervan lijkt de meest geëigende weg om aan deze voorwaarde tegemoet te komen.

6. Dementievriendelijke gemeenten in Oost-Veluwe

In 2017 heeft gemeente Apeldoorn de intentieverklaring Dementievriendelijke gemeente ondertekend. In de loop van 2018 hopen we dat nog minimaal 1 andere gemeente zal volgen in het ondertekenen van de intentieverklaring Dementievriendelijke gemeente.

Daarnaast wordt mogelijk uitvoering gegeven aan de 'tweede fase' uit het plan van Spectrum om te komen tot dementievriendelijke leefomgevingen in bepaalde wijken van Apeldoorn.

7. Informeren regio

De website Netwerk Dementie/Geriatrie Oost-Veluwe wordt bijgewerkt en up-to-date gehouden. Indien de financiële middelen dit toelaten zal het foldermateriaal, waarvan een deel inmiddels inhoudelijk is aangepast, ook qua vormgeving een facelift ondergaan.

8. Jonge mensen met dementie

In Nederland ontstaat bij 9.000 tot 15.000 mensen dementie voor het 65e levensjaar. Deze mensen worden aangeduid als jonge mensen met dementie. Zowel qua diagnosestelling, als qua ondersteuning brengt dit uitdagingen met zich mee. De achteruitgang gaat vaak sneller en de gevolgen zijn vaak groot, bijvoorbeeld voor werk en (jong) gezin. Zorggroep Apeldoorn heeft een speciale afdeling voor jonge mensen met dementie. Dit is afdeling Groenendaal binnen locatie Randerode. Deze afdeling biedt plaats aan twaalf cliënten met de diagnose dementie op jonge leeftijd. De gesloten afdeling is ruim van opzet, zo hebben de cliënten voldoende bewegingsvrijheid. De aangeboden dagelijkse activiteiten hebben voornamelijk een actief karakter. Aandacht voor jonge mensen met dementie is belangrijk binnen het Netwerk.

9. Aandacht voor ondersteuning in eerste fase van dementieproces

Mensen met dementie blijven zich heel lang bewust van wat er met hu hoofd en lichaam gebeurt. Ze lijden daaronder. Hierover praten kan helpen. In de eerste fase van het dementieproces beschikt men zeker nog over aanpassingsvaardigheden. In Apeldoorn kunnen mensen in de eerste fase van het dementieproces deelnemen aan de zogenaamde KOPgroepen. Deelnemers aan de KOPgroep staan nog midden in de maatschappij. In wekelijkse bijeenkomsten staat het ontmoeten en het uitwisselen van ervaringen centraal. De groepen staan onder begeleiding van twee gedragsdeskundigen en een fysiotherapeut. In 2018 zal worden nagedacht welke andere activiteiten eventueel nog ontplooid kunnen worden om mensen met dementie en hun mantelzorgers in de eerste fase na het krijgen van de diagnose dementie te ondersteunen.

4.2 Geriatrie

Bij geriatrie draait het om ouderen met kwetsbaarheid. Kwetsbaarheid houdt in: een proces van het opeenstapelen van psychische, lichamelijke en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (zoals functiebeperkingen, opname en overlijden).ⁱ Kwetsbaarheid beslaat niet enkel het lichamelijke domein (multimorbiditeit) maar ook het psychische (bijvoorbeeld cognitief, persoonlijkheid, coping), functionele (gezichtsvermogen, gehoor, mobiliteit, continence of iemand hulp nodig heeft bij zaken van het dagelijkse leven) en sociale (rolverandering, toegenomen zorgafhankelijkheid, levensfase, zingeving), die bovendien onderling en wederkerig met elkaar kunnen samenhangen. In een breder perspectief kan kwetsbaarheid gezien worden als een risico op vermindering van het vermogen eigen regie te kunnen voeren.

Kwetsbare ouderen zijn vaak afhankelijk van hulp door anderen. Dit kan professionele hulp zijn die aangeboden wordt door een zorgaanbieder, maar het kan ook hulp zijn van bijvoorbeeld een familielid in de vorm van mantelzorg. Ongeveer 33% van de kwetsbare ouderen lijdt aan dementie.

Het is de bedoeling om in 2018 de volgende speerpunten op te pakken m.b.t. geriatrie:

1. Regionale bedden capaciteit (voortzetting 2017)

Doel van dit speerpunt is dat er loket beschikbaar is, waarin realtime overzichten beschikbaar zijn van de geriatrische crisis -, KDO- en respijtzorgbedden, evenals de reguliere bedden van de aan het Netwerk verbonden organisaties. Organisaties die hiermee aan de slag zijn geweest in 2017 zijn Gelre Ziekenhuizen, de Zorgmensen, Vérian, Huisartsen Regio Apeldoorn en Zorggroep Apeldoorn en omstreken.

Er wordt gekeken of het format van Gelre Ziekenhuis Zutphen, met enige aanpassingen, bij ons toepasbaar is. Belangrijk element hierbij is het goed in ogenschouw nemen waarom iemand wordt opgenomen en hoe we het voor- en het natraject zo goed kunnen organiseren dat de zorg thuis optimaal wordt afgestemd. Op deze manier kunnen mensen zo lang mogelijk ondersteuning krijgen in de thuissituatie. Indien opname absoluut noodzakelijk is, vindt dit op de juiste plek plaats. Bij thuiskomst na een opname geldt hetzelfde: goede afstemming, anders komen we terecht in een “draaideursituatie”.

2. Zorgpad kwetsbare ouderen (momenteel nog in de commentaarfase)

Zodra hierover besluitvorming heeft plaats gevonden zal in de nog in te richten werkgroep dit punt op de agenda worden gezet. Het gaat hier om het zorgpad in de keten en in het ziekenhuis.

3. Advanced care planning

Advance care planning is een proces waarbij zorgverleners patiënten en hun naasten ondersteunen om in terugkerende dialoog – op basis van hun waarden en opvattingen – zinvolle en haalbare doelen voor huidige en toekomstige zorg en behandeling te formuleren. Ook kan de patiënt met zijn behandelend arts zijn voorkeuren voor specifieke behandeling rond het levenseinde bespreken en eventueel vastleggen, vooruitlopend op het moment dat de patiënt zelf niet meer in staat is om beslissingen te nemen. In 2018 wil het Netwerk onderzoeken wat de mogelijkheden zijn (financieel en organisatorisch) om te komen tot Advanced care planning. Hierbij is het de bedoeling dat met iedere oudere een gesprek over behandelbeperkingen gevoerd en vastgelegd wordt. Deze afspraken dienen overdraagbaar te zijn bij overplaatsing/opname.

4. Specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn

“In het huidige zorgstelsel voert de huisarts de medische zorg uit voor de thuiswonende ouderen en de specialist ouderengeneeskunde is verantwoordelijk voor de medische zorg in de verpleeghuizen. Met het toenemende aantal ouderen dat thuis blijft wonen en een complexe zorgbehoefte heeft, is het van belang om te kijken naar hoe de expertise van een specialist ouderengeneeskunde ook in de eerstelijnszorg kan worden benut. Zowel de huisartsen als de specialisten ouderengeneeskunde worden geconfronteerd met een toenemende werklust. Dit geldt overigens ook voor andere professionals die zorg verlenen aan ouderen. De veranderde zorgbehoeften van ouderen en toenemende werkbelasting heeft geleid tot de ontwikkeling van *nieuwe*

zorgconcepten, die lokaal worden toegepast.”⁸ Er is de wens in het Netwerk om hiermee aan de slag te gaan.

5. Diversen

Communicatie onderling tussen professionals en tussen professionals en cliënten is een aandachtspunt.

4.3 Samenhang en verbinding subnetwerken Dementie/Geriatrie en Palliatieve Zorg

Doel van dit speerpunt is om meer synergie en goede afstemming van zorg- en organisatieprocessen te bereiken tussen de Netwerken Dementie/Geriatrie en Palliatieve Zorg. Specifiek hierin blijft dat de doelgroepen afzonderlijk van elkaar verder ontwikkeld worden, maar daar waar het kan er sprake zal zijn van samenwerken. Partijen houden elkaar op de hoogte van de (nieuwe) ontwikkelingen en organiseren daar waar mogelijk en gewenst gezamenlijk activiteiten.

⁸ Lovink M, van Vught A, van den Brink G, Laurant M. Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. blz. 14. <https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2017/09/bijlage-taakherschikking-in-de-ouderenzorg-kansen-belemmeringen-en-effecten.pdf>

5 Netwerkbegroting 2018

Inkomsten

Contributie 19 Netwerkpartners Dementie/Geriatrie
x € 4.000,-- € 76.000,--

De contributie wordt jaarlijks vastgesteld door de stakeholders, hiermee worden de volgende uitgaven gefinancierd:

Uitgaven

Netwerkcoördinator 0,56 fte (inclusief reis- en andere onkosten)	€ 55.000,--	
Secretariaat	€ 18.000,--	
Organisatiekosten, P.R., Communicatie, Telefoon, enz.	€ 2.000,--	
Deskundigheidbevordering	€ 1.000,--	
	-----	-----
	€ 76.000,--	€ 76.000,--

Investering in uren door de Netwerkpartners Dementie/Geriatrie

Stakeholders	2 x p.j./30 pers./incl. voorbereiding	> 180 uur
Dagelijks Bestuur	4 x p.j./7 pers./incl. voorbereiding	> 80 uur
Regioteam	6 x p.j./25 pers./incl. voorbereiding	> 250 uur
Combi werkgroep Geheugensteunpunt (GHS) Apeldoorn/		
Casemanagement	4 x p.j./11 pers./incl. voorbereiding	> 180 uur
Werkgroep GHS Epe	3 x p.j./6 pers./incl. voorbereiding	> 55 uur
Werkgroep GHS Brummen	3 x p.j./6 pers./incl. voorbereiding	> 55 uur
Werkgroep GHS Hattem	3 x p.j./6 pers./incl. voorbereiding	> 55 uur
Werkgroep reg. bedden capaciteit	3 x p.j./6 pers./incl. voorbereiding	> 55 uur
Werkgroep innovatie	2 x p.j./6 pers./incl. voorbereiding	> 30 uur
Werkgroep geriatrie	3 x p.j. /6 pers./incl.vorbereiding	> 55 uur

Totaal door de partners op jaarbasis te investeren uren > 895 uur

Aanvraag Wmo-subsidie 2018

GHS Apeldoorn (incl. Dementievriendelijke Samenleving)	€ 64.315,--
GHS Brummen (Brummen en Eerbeek)	€ 37.500,--
GHS Epe	€ 37.500,--
GHS Hattem (alleen expertise)	€ 5.500,--

6 Samenwerkingsovereenkomst Netwerk Dementie Oost-Veluwe

Netwerkpartners;

Ondergetekenden verklaren te willen samenwerken om optimale zorg en ondersteuning voor mensen met (een vermoeden van) dementie en hun mantelzorgers in de Regio Oost-Veluwe (gemeenten Apeldoorn, Brummen, Epe, Hattem, Heerde) te realiseren.

Overwegende dat;

- De ondersteuning/zorg voor mensen met dementie gezien de vergrijzing een steeds grotere rol zal gaan spelen, hetgeen verdere ontwikkeling van de ketenzorg dementie noodzakelijk maakt.
- Het speelveld voor zowel informele ondersteuning, welzijn, wonen, intramurale en extramurale zorg aan ouderen momenteel grote veranderingen doormaakt met marktwerking als specifieke overheidsdoelstelling.
- Er in de regio behoefte is aan een samenhangend aanbod van voorzieningen op het gebied van wonen, zorg en welzijn voor mensen met dementie en hun mantelzorgers.
- Vermaatschappelijking van de zorg wordt nagestreefd en de cliënt steeds langer thuis wil (en moet) blijven wonen.

Hebben wij de intentie om;

- Gezamenlijk mogelijkheden te onderzoeken en aan te grijpen om kwalitatief hoogstaande dementiezorg te leveren.
- Samen te werken op basis van een gedeelde visie op wat goede dementiezorg is.
- Voorwaarden te scheppen voor het leveren van deze dementiezorg en ook de verdere ontwikkeling van de zorgverlening aan mensen met dementie te bevorderen conform de meest recente inzichten over kwaliteit van zorg.
- De identiteit van iedere deelnemende partij binnen de keten Dementie Oost-Veluwe te respecteren.
- Daarbij te zoeken naar de meest optimale vorm van samenwerking, waarbij de individuele organisaties hun eigen autonomie behouden.
- De samenwerking te baseren op gelijkwaardigheid, vertrouwen, gezamenlijke verantwoordelijkheid en daarnaast de eigen verantwoordelijkheid van de betrokken partijen te kunnen behouden.
- Een actieve bijdrage te leveren aan de ketenzorg dementie die bij de realisatie van de zorg, educatie, informatie, etc. verwacht wordt.
- De gemaakte afspraken inzake de ketenzorg dementie vast te leggen in een ketenprotocol en nakoming te waarborgen.
- Het ketenprotocol (Regionaal Ketenplan Dementie) dient te voldoen aan wet- en regelgeving en is gebaseerd op landelijk geaccepteerde professionele standaarden. Leidend hierin is onder andere de Zorgstandaard Dementie. Het ketenprotocol (Regionaal Ketenplan Dementie) wordt jaarlijks geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Uitgangspunten;

- Uitgangspunt in het Netwerk Dementie Oost-Veluwe is het verlenen van de juiste ondersteuning/zorg, op het juiste moment, op de juiste plaats, door de juiste hulpverlener, met waar nodig een bevoegd deskundigheidsniveau en met een belangrijke rol voor de informele zorg. Een samenhangend zorgtraject voor de cliënt met dementie is hiervoor noodzakelijk, gericht op het voldoen aan de welzijns- en zorgbehoefte van de mens met dementie en zijn/haar mantelzorgers.
- Hierbij wordt zo veel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande structuren, samenwerking en samenhang.
- De wensen en behoeften van mensen met dementie en hun mantelzorgers zijn het uitgangspunt van de ontwikkelingen in de dementiezorg. Hierbij wordt Alzheimer Nederland afdeling Oost-Veluwe als een belangrijke spreekbuis van de mensen met dementie gezien.
- De uitgesproken wens is om gezamenlijk de zorg aan mensen met dementie op een zo goed mogelijke en aansluitende manier te organiseren en daarbij, waar nodig, over de grenzen van de organisaties heen te kijken en te opereren.
- De wens en behoeften van de cliënt staat voorop, waardoor keuzevrijheid en onafhankelijkheid worden gewaarborgd.
- Andere organisaties dan de ondertekenaars van deze verklaring worden niet uitgesloten van participatie in de ketenzorg dementie.
- Partijen die willen toetreden tot het Netwerk Dementie Oost-Veluwe dienen te voldoen aan de kwaliteitscriteria, zoals opgesteld binnen het Netwerk Dementie Oost-Veluwe.
- Een verzoek tot toetreding tot de keten kan worden gericht aan de voorzitter van het Netwerk.. Toetreding kan geschieden na advies van het Regioteam en een voorstel vanuit het Dagelijks Bestuur aan de Stakeholders, toetreding volgt na presentatie voor de Stakeholders en het ondertekenen van de samenwerkingsovereenkomst. Van een organisatie die wil toetreden wordt een regionale maatschappelijke betrokkenheid en worteling verwacht die zich richt op structurele verbetering op het gebied van wonen, welzijn en zorg.

Resultaten van de samenwerking

- De resultaten worden jaarlijks vastgelegd en geëvalueerd in het Regionaal Jaarplan Dementie Oost-Veluwe.

Criteria voor deelname

- De samenwerkingsovereenkomst wordt op inhoud onderschreven en ondertekend door een statutair directeur of iemand die het mandaat heeft namens de organisatie te tekenen.
- Participanten hebben een aantoonbare regionale maatschappelijke betrokkenheid, langdurige worteling en streven naar structurele verbetering van wonen, welzijn en zorg.
- Participanten verlenen medewerkers de gelegenheid om deel te nemen aan overlegstructuren die noodzakelijk zijn om de voortgang van de activiteiten te kunnen laten plaatsvinden.
- Organisaties zijn in minimaal 75% van de geplande overlegstructuren vertegenwoordigd en leveren hierin een actieve bijdrage. Uitzondering op deze 75%-regel zijn de vrijwilligers die de cliëntengroep en hun mantelzorgers representeren.
- Indien een organisatie minder dan in 75% van de geplande overlegstructuren aanwezig is,

kan dit een reden zijn om de samenwerkingsovereenkomst met deze organisatie te beëindigen. De desbetreffende organisatie zal hier na het eerste jaar op worden aangesproken. Blijkt in het tweede jaar dat er geen verbetering zichtbaar is, dan wordt de samenwerkingsovereenkomst met de desbetreffende organisatie beëindigd.

- Op basis van het jaarplan stellen organisaties medewerkers beschikbaar die een bijdrage leveren aan het tot stand komen van de activiteiten.
- Alle deelnemende organisaties zijn door afgevaardigden met mandaat vertegenwoordigd in de het Regioteam en eventueel werkgroepen afhankelijk van het thema, waarbij vervanging voor afwezigheid is geregeld.
- De afgevaardigden in de werkgroep hebben voldoende kennis op het gebied van de zorg aan mensen met dementie en de mantelzorg. Zij zijn verantwoordelijk voor een goede communicatie binnen hun organisatie over de activiteiten van en de samenwerking binnen de keten.
- De leden van het Regioteam en de werkgroepen stellen zich verantwoordelijk voor de uitvoering van het jaarplan, waarbij ondersteuning wordt geboden door de coördinator/ketenregisseur.
- Organisaties die geen onderdeel van deze samenwerkingsovereenkomst uitmaken maar wel betrokken willen zijn of worden, kunnen later te allen tijde aansluiten bij deze werkgroepen als zij de inhoud hiervan onderschrijven middels een ondertekening.
- Indien het aantal deelnemers aan de werkgroep meer dan 15 bedraagt, dan zal worden gewerkt met een vertegenwoordiging per zorgsector.
- De deelnemende organisaties mogen gebruikmaken van documenten die voortkomen uit de ketenzorg dementie indien zij een actieve bijdrage hebben geleverd in de totstandkoming hiervan. Is dit niet het geval dan zal door de Regioteam/stakeholders een reële vergoeding aan de deelnemende organisatie in rekening worden gebracht.
- De organisaties binnen de ketenzorg dementie Oost-Veluwe werken mee aan een tweejaarlijkse onderlinge visitatie volgens een vast stramien.
- Jaarlijks worden de criteria voor deelname geëvalueerd, waarbij de uitkomsten aanleiding kunnen zijn tot opzegging van deelname aan de keten.

Bestuurlijke structuur

De ketenzorg dementie Oost-Veluwe bestaat uit:

Stakeholders waarin per deelnemende organisatie een vertegenwoordiger van het bestuur deelneemt. De stakeholdersgroep komt minimaal tweemaal per jaar bij elkaar en stelt het regionaal ketenplan dementie, het jaarverslag en de begroting vast. De stakeholders heeft een dagelijks bestuur van een aantal (min. 4) bestuurders samengesteld.

Het **dagelijks bestuur** (DB) heeft mandaat van de bestuurders, zodat beslissingen sneller genomen kunnen worden en een goede voortgang van de projecten wordt gewaarborgd.

Het **regioteam** bestaat uit vertegenwoordigers die namens hun instelling zitting hebben. Het Regioteam is belast met de dagelijkse gang van zaken en doet de voorbereidende werkzaamheden voor het DB en de stakeholders. De leden van het regioteam hebben mandaat om procesafspraken te maken, beslissingen te nemen over activiteiten in de dementiezorg en producten en processen beter aan te laten sluiten op die van andere organisaties. Het regioteam komt zes keer per jaar bij elkaar.

De werkgroepen worden per thema samengesteld uit een afvaardiging vanuit de deelnemende (zorg)organisaties. De werkgroepen dragen zorg voor de uitvoering van themagerichte onderwerpen en koppelen hun activiteiten terug aan het regioteam. De werkgroepen werken aan de hand van een opdracht geformuleerd en vastgesteld door het regioteam.

Een ketenregisseur/coördinator die een onafhankelijke positie inneemt. De ketenregisseur legt verantwoording af aan de leden van het Regioteam/stakeholders. De deelnemende organisaties zullen in gezamenlijkheid de kosten van de ketenregisseur dragen (zie ook paragraaf 5).

Taken van de netwerkcoördinator:

- Opzetten van een ketenzorg dementie en deze continueren en borgen, zowel op bestuurlijk/directie als op uitvoerend niveau; het aandragen van bouwstenen en het regelmatig rapporteren over de voortgang en knelpunten.
- Belangenbehartiging bewaken.
- Betrekken van nieuwe partijen en financiers bij de keten.
- Signaleren en oplossen van de hiaten in de ketenzorg dementie.
- Aansturen van de verschillende werkgroepen, verbindingen leggen en het begeleiden en stimuleren van het te ontwikkelen aanbod.
- Coördinatie casemanagement.
- Coördinatie Geheugensteunpunten.

Financiering

In het Netwerk dementie participeren organisaties die vier typen financieringsvormen kennen, te weten:

- Inkomsten uit Zvw
- Inkomsten uit Wlz
- Inkomsten uit Wmo
- Geen of nauwelijks inkomsten (uit donaties)

De netwerkorganisaties huldigen het standpunt dat bijdragen uit arbeid (in natura) en geld kunnen bestaan. Voor die organisaties die niet (kunnen) verdienen aan dit Netwerk volstaat een bijdrage in arbeid. Voor organisaties waarbij het werken in de keten profijtelijk kan zijn of al is, wordt naast een bijdrage in arbeid ook een bijdrage in geld gevraagd. Deze bijdrage is bestemd om met name de kosten voor de ketenregisseur en de bureaunkosten te dragen.

Huidige aanwezige financieringsstromen binnen het Netwerk Dementie sept 2017	
Netwerk structuur (Netwerkcoördinator en bureaunkosten)	Financiële bijdrage netwerkpartners
Casemanagement	Zvw - Wijkverpleging
Geheugensteunpunten	Wmo Gemeente Apeldoorn Wmo Gemeente Epe Wmo Gemeente Brummen Wmo Hattem
Dementievriendelijke Samenleving Gemeente Apeldoorn	Wmo Apeldoorn

Duur van de overeenkomst⁹

Deze overeenkomst treedt in werking op 19 september 2017. De samenwerking binnen het Netwerk wordt jaarlijks geëvalueerd (in juni/juli). De samenwerkingsovereenkomst wordt steeds met een jaar verlengd.

Beëindiging:

- Ieder van de partijen kan de overeenkomst schriftelijk opzeggen met inachtneming van een opzegtermijn van een jaar.
- Onverminderd het bepaalde in lid 1 van dit artikel kan deze overeenkomst slechts tussentijds en met directe ingang worden ontbonden indien er sprake is van één van de volgende situaties:
- Indien één van de partijen in staat van faillissement wordt verklaard of surseance van betaling aanvraagt.
- Een door Regioteam/stakeholders vastgestelde toerekenbare tekortkoming van een der partijen die ook na een ingebrekestelling niet meer wordt hersteld.
- Onvoorziene omstandigheden waardoor het nakomen van deze overeenkomst redelijkerwijs niet meer (van een der) partijen kan worden gevegd.
- Indien bestaande of nieuwe wet- of regelgeving daartoe aanleiding geeft.
- Indien de rechtspersoon van een der partijen opgeheven wordt, omgezet wordt in een andere rechtspersoon of de rechtspersoon overgenomen/opgevolgd wordt door een andere rechtspersoon.
- Indien de subsidierelatie met de gemeente en/of overige financieringsstromen ophouden te bestaan.
- Opzegging geschiedt schriftelijk en bij aangetekende brief aan de voorzitter van het Netwerkstakeholders en aan de raad van bestuur en/of directie van de andere partijen. De financiële verplichtingen gedurende het lopende jaar blijven onverkort bestaan.

Handtekeningen netwerkpartners

Deelnemers Netwerk Dementie Oost-Veluwe ondertekenen hierbij het Jaarplan 2018, inclusief de samenwerkingsovereenkomst die hierin is opgenomen.

De handtekeningenlijst wordt als aparte bijlage bij het Regionaal Ketenplan meegestuurd.

⁹ Indien een of meer van de bepalingen in deze overeenkomst strijdig zijn met de wet- en regelgeving zullen partijen in overleg treden, teneinde nieuwe verplichtingen aan te gaan ter vervanging van de met de wetgeving strijdige verplichtingen, waarbij zo veel mogelijk het doel en de strekking met de wet strijdige verplichtingen in acht zal worden genomen, alsmede het doel en de strekking van de overeenkomst.

Bijlage 1 Overzicht aanbod Netwerk

Nr.	Voorziening/beschrijving	Aanbieder	Functie	Financiering
1	Vroegsignalering en scholing - Materiaal ontwikkeld - Via voorlichtingen aan zowel burgers als vrijwilligers eerdere diagnoses bevorderen - Via voorlichtingen en scholing burgers en vrijwilligers handvatten geven hoe om te gaan met mensen met dementie	- Alzheimer Ned. Afd. Oost-Veluwe - met medewerking van alle partners van het NWD	Informatie en advies Clientondersteuning Vrijwilligersonderst.	Wmo/Algemeen
2	Publiekcampagnes via -Informatiebijeenkomsten - Dementiemarkten	- Alzheimer Ned. Afd. Oost-Veluwe - met medewerking van alle partners van het NWD	Informatie en advies Clientondersteuning	Wmo /Algemeen
3	Informatie via websites www.netwerkdementie.nl sociale kaart regio = dementiewijzer (wordt geactualiseerd)	- NWD - Geheugensteunpunten Apeldoorn, Epe en Brummen	Informatie en advies Clientondersteuning	Wmo /Algemeen
4	Alzheimer Cafés - Heerde - Apeldoorn	- Alzheimer Ned. Afd. Oost-Veluwe - GGNet -Vérian - Viattence - De Kap - Atlant - ZGA e.o. -Hanzeheerd	Informatie, advies Client- en mantelzorgondersteuning	Wmo /Algemeen

5	Diagnostiek, behandeling, geheugenpoli Transmurale werk afspraken dementie	-Huisartsen -poli Zwolle -poli Apeldoorn -poli Zutphen - GGNet - Viattence Vitaal (in 1 ^e lijn)		Zvw
6	Geheugensteunpunten; Gemeente Apeldoorn, Epe en Brummen, Hattem - Activiteiten, advies, info en ondersteuning specifiek voor mensen met dementie	Apeldoorn 2009 - heden Epe 2014 - heden Brummen 2015 - heden Hattem vanaf 21-09-2017 Het is een netwerkactiviteit van netwerkpartners, die voor opzet en uitvoer op gemeente niveau nauwer met elkaar en evt. aanvullende partners samenwerken	Informatie en advies Clientondersteuning Ontmoeting Mantelzorgonderst.	Wmo /Algemeen De viergeheugensteunpunten worden volledig gefinancierd door de vier gemeenten
7	Cliëntondersteuning Niet Pluis Fase - AIV/ wijkVP - Ouderenadviseurs en casemanagers dementie	Alle netwerkpartners zijn op de hoogte via project vroegsignalering Een aantal organisaties kunnen product AIV leveren nl: De Goede Zorg De Zorgmensen Vérian Hanzeheerd Nusantara	Clientondersteuning	Wmo /Algemeen Aanspraak WijkVP

8	Casemanagement Individuele Ondersteuning en begeleiding voor mensen met dementie en hun mantelzorgers	NWD / Casemanagement Casemanagers/mantel- zorgmakelaar/consulent die door de volgende organisaties worden geleverd: De Kap, Verian, De Zorgmensen, ZGA e.o., Atlant, Viattence, Riwis, Woon Zorg Unie Veluwe, Nusantara	Mantelzorgonderst. Clientondersteuning Begeleiding	Zvw/ Aanspraak Wijkverpleging/Wmo
9	DemenTalent - Dagbesteding en Behandelingsgroep voor jonge (jonger dan 70) mensen met dementie	ZGA e.o.	Dagbehandeling	Nu nog in Wlz Afhankelijk van wet en regelgeving mogelijk in de toekomst in de Wmo
10	Kopgroep - Behandelingsgroep voor mensen met beginnende dementie	Atlant	Dagbehandeling	Wlz
11	Ondersteuningsgroepen mantelzorg - partners jonge (jonger dan 70) mensen met dementie - Familiegroep - intramuraal	NWD / Geheugensteunpunten. Vraaggericht. De Kap Nusantara	Mantelzorgondersteu- ning	Wmo /Algemeen
	Mantelzorgtrefpunt	Atlant De Kap GGNet Stimenz De Goede Zorg De Zorgmensen		Wmo /algemeen
12	Individuele ondersteunende begeleiding	Vérian De Goede Zorg Hanzeheerd Talma Borgh Riwis Nusantara		Zvw

13	Huishoudelijke hulp	Atlant (300m rond de woonzorglocaties) De Goede Zorg Viattence Vérian Hanzeheerd Talma Borgh Nusantara		
14	Woningaanpassingen (o.a. domotica)	WZU Veluwe (ZOA) Viattence Vitaal/ ergotherapie		
15	Dagbesteding/activiteiten	De Goede Zorg WZU Veluwe (De Eijk) De Zorgmensen Atlant Viattence Talma Borgh Riwis Hanzeheerd Nusantara		Algemene voorzieningen, Wmo
16	Dagbesteding/activiteiten met behandeling	De Goede Zorg (De bonte Specht/De Vogelaar) De Zorgmensen Atlant Viattence Nusantara		Maatwerk voorzieningen, Wmo (Wlz)
17	Wijkverpleegkundige	Vérian De Goede Zorg De Zorgmensen Riwis Buurtzorg Viattence WZU Veluwe Hanzeheerd ZGA e.o. Talma Borgh Nusantara	Uitvoering casemanagement	Zvw

18	Thuiszorg - met specifieke zorg/aandacht voor mensen met dementie	De Goede Zorg De Zorgmensen Vérian WZU Veluwe Viattence ZGA e.o. Atlant Hanzeheerd Talma Borgh Riwis Buurtzorg Nusantara	Vroegsignalering, opvolging, monitoring en verwijzing	Zvw
19	Respijtzorg, inzet vrijwilligers	De Kap	Mantelzorgonderst.	Wmo /Algemene voorzieningen
20	Respijtzorg logeerplekken	RIWIS Viattence ZGA e.o. Atlant De Goede Zorg WZU Veluwe De Zorgmensen Talma Borgh Hanzeheerd Nusantara	Mantelzorgonderst.	Wmo / algemene voorziening
21	Crisisopname	ZGA e.o. Atlant GGNet Nusantara	Diagnostiek en behandeling	Wlz Zvw
22	Wonen - Beschermd WZC - Kleinschalig VPH - Afdeling VPH - Gedragsproblematiek - jonge (jonger dan 70) mensen met dementie	De Goede Zorg i.s.m. ZGA e.o. (WZC Avondzon: beschermd wonen) De Zorgmensen Viattence Atlant ZGA e.o. Nusantara Talma Borgh Riwis GGNet ZGA e.o. Atlant		Wlz

23	Overig	De Goede Zorg (project Talent in De Matenhof)		Wmo Algemeen
----	--------	---	--	--------------

ⁱ van Campen C (red). Kwetsbare Ouderen. Den Haag: SCP, 2011